DISSERTATION

N° 185.

SUR

LA DOTHINENTÉRITE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 16 août 1828, pour obtenir le titre de Docteur en médecine;

PAR J.-F.-C. ORIOT,

Bachelier ès-lettres et ès-sciences; Élève de l'école pratique de Paris.

Da veniam scriptis quorum non gloria nobis
Causa, sed utilitas, officiumque fuit.
OVID.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.
1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur*.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Président*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Suppléant*.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN, *Examinateur*.
Clinique d'accouchemens	DENEUX, *Examinateur*.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers, *Examinateur*.	Gibert.
Baudelocque, *Examinateur*.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry, *Suppléant*.	Rullier.
Gébardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE.

Témoignage public de reconnaissance.

J.-F.-C. ORIOT.

A MA FAMILLE.

DISSERTATION

SUR

LA DOTHINENTÉRITE.

M. le professeur *Broussais*, par ses beaux travaux sur la pathologie du tube digestif, a rendu à la science les services les plus importans; mais, il faut le dire, tout n'est pas fait, il reste encore beaucoup à faire sur cette matière. Jusqu'à présent on ne l'a étudiée qu'en gros, que l'on me passe cette expression, et il reste à l'étudier en détail; car s'il est vrai, et aucun médecin ne peut en douter, que le canal digestif se compose d'un grand nombre d'élémens anatomiques, on conçoit, *à priori*, que chacun de ces élémens puisse être malade à sa manière. Dès-lors nécessité d'y reconnaître des maladies diverses, et par conséquent de chercher à les isoler, à les étudier séparément. Si le tégument externe peut être affecté d'un grand nombre de maladies très-différentes l'une de l'autre, pourquoi n'en serait-il pas de même du tégument interne? Je crois donc qu'on ne peut pas, avec plus de raison, décrire sous le nom de *gastro-entérite* toutes les affections du canal alimentaire, qu'on ne décrirait celles de la peau sous le nom d'*érysipèle*.

Guidé par ces idées, M. le docteur *Bretonneau*, de Tours, observa-

teur profond, a le premier fixé l'attention d'une manière particulière sur une maladie essentiellement différente de la gastro-entérite, ayant son siége unique dans les glandes de *Peyer* et de *Brunner*. Il lui a donné le nom de *dothinentérie*, de *dothinentérite*, ou d'*inflammation furonculaire des intestins*, de δοτιν, *acervulus*, et de εντερον, *intestinum*. De ce que cette maladie a reçu un nom nouveau, ce serait une grande erreur de la croire nouvelle. On la trouve décrite dans les auteurs sous des dénominations fort variées, et pour citer les principales, c'est, si je ne me trompe, la *synoque putride* de GALIEN, la *fièvre pestilentielle* de SYDENHAM, la *fièvre maligne* de MORGAGNI, la *fièvre muqueuse* de RŒDERER et de WAGLER, la *fièvre putride* de STOLL et de QUARIN, la *fièvre glutineuse gastrique* de SARCONE, la *fièvre adynamique* ou *ataxo-adynamique* de PINEL, la *fièvre continue* de MM. les professeurs LAENNEC et CAYOL, la *fièvre catarrhale* de M. le professeur RÉCAMIER, la *fièvre typhoïde* de M. le professeur CHOMEL, la *fièvre entéro-mésentérique* de MM. PETIT et SERRES, le *type de la gastro-entérite* de M. le professeur BROUSSAIS, l'*exanthème interne* de MM. le professeur ANDRAL et LERMINIER.

Voilà bien des noms imposés à la même affection, et ce n'est pas tout encore, je pourrais en citer beaucoup d'autres; mais peu importe les dénominations, pourvu que l'on s'entende. Si j'adopte ici le mot *dothinentérite*, ce n'est pas que j'y attache plus d'importance qu'à tout autre; seulement, comme j'embrasse sur cette maladie les idées du savant médecin de Tours, je crois plus convenable de la décrire sous le nom qu'il lui a donné.

La dothinentérite pourrait fournir matière à un ouvrage volumineux, mais le temps et les bornes de ce travail ne me permettent que d'esquisser son histoire. Je laisse à M. *Bretonneau* le soin de discuter sa propriété contagieuse, les différens moyens de traitement qui ont été tour à tour vantés et abandonnés, les diverses maladies avec lesquelles elle peut être confondue.

Je ne ferai point l'anatomie du tube digestif, je la suppose connue : je vais commencer par rapporter quelques observations sur cette ma-

ladie, persuadé que je suis qu'il sera plus facile ensuite de faire son histoire.

OBS. Ire. Guillemain, paveur, âgé de dix-sept ans, assez bien musclé, mais d'un teint un peu blafard, habite Paris depuis un mois. A son arrivée, il éprouve de la diarrhée pendant deux jours, rentre dans son état de santé habituelle, et se livre aux travaux de sa profession. Depuis huit jours, lassitudes spontanées, alternative de chaleur et de froid, céphalalgie, perte d'appétit; depuis trois jours, sommeil continuellement troublé par des rêves, dévoiement, quelques légères épistaxis. A son entrée à l'hôpital, il offre les symptômes suivans : ventre souple, un peu sensible à la pression vers la fosse iliaque droite; langue acuminée, humide, recouverte d'un enduit jaunâtre, épais à sa base; sa pointe et ses bords sont rosés; papilles développées, bouche pâteuse. Trois ou quatre selles liquides par jour, tête douloureuse, pouls fréquent, peau chaude et sèche, réponses lentes, incertaines; physionomie avec un air d'ivressse très-marqué, grande fatigue. (Saignée de trois palettes, émolliens.)

Le neuvième jour, épistaxis pendant la nuit, stupeur plus marquée; les autres symptômes sont les mêmes. (Émolliens.)

Le dixième jour, épistaxis, stupeur, lassitudes moindres; la tête n'est plus douloureuse, elle est seulement pesante. Le malade a un peu dormi, il se dit mieux; la diarrhée continue. (Émolliens.)

Le onzième jour, nul changement.

Le douzième jour, quelques heures d'un sommeil assez calme, réponses moins lentes, une seule garde-robe liquide, l'appétit se fait sentir. (Émolliens, deux bouillons.)

Le quatorzième jour, pouls moins fréquent, peau moins chaude, un peu humide; physionomie naturelle, une convalescence franche s'établit.

OBS. IIe. Un militaire âgé de vingt-quatre ans, d'une constitution assez forte, ordinairement bien portant, est pris, sans cause appréciable, de lassitude et de céphalalgie. Il entre au Val-de-Grâce

le sixième jour de sa maladie. Il accuse du brisement dans tous les membres et une douleur de tête assez vive. Bouche amère, langue un peu sèche, verdâtre à sa base, rouge à sa pointe et sur ses bords, mince et acuminée; papilles saillantes, appétit nul, soif intense, peau chaude et sèche, pouls fréquent, mou; ventre un peu dur, indolent à la pression, constipation, perte de sommeil, rêvasseries, air d'hébétude. (Trente sangsues à l'épigastre, émolliens.)

Le septième jour, les piqûres des sangsues sont noirâtres, un peu de râle sibilant se fait entendre dans la poitrine, la stupeur est plus marquée; du reste, il y a peu de changement. (Quinze sangsues à l'epigastre, émolliens.)

Le huitième et le neuvième jours, l'état du malade est stationnaire. (Simples émolliens.)

Le dixième jour, le pouls offre un peu moins de fréquence, la peau est moins chaude; la constipation persiste. (Émolliens, lavement.)

Le onzième jour, la stupeur n'existe plus, la langue est humide, presque dans l'état naturel; la peau est recouverte d'une douce moiteur, le mal de tête a presque complètement disparu. Le lavement a déterminé une selle de matières solides, l'appétit se fait sentir. (Gomme lactée, émolliens.)

Le douzième jour, rien de nouveau.

Le treizième jour, la stupeur est revenue, le pouls a repris de la fréquence, la peau est chaude, sèche; il s'est manifesté un peu de délire. (Douze sangsues à l'ombilic, émolliens.)

Les quatorzième et quinzième jours, la stupeur augmente, le malade répond difficilement aux questions qu'on lui adresse, tous les autres symptômes existent au même degré. (Émolliens.)

Le seizième jour, stupeur, délire plus prononcé, langue rouge, sèche; râle sibilant, très-abondant; une éruption miliaire recouvre la peau. (Émolliens.)

Le dix-septième jour, mêmes symptômes, plusieurs selles liquides involontaires. (Émolliens.)

Le dix-huitième jour, un peu de mieux, presque pas de délire. (Émolliens.)

Le dix-neuvième jour, la stupeur est moindre, le délire a cessé, l'éruption miliaire disparaît, la peau se couvre d'une douce moiteur. (Émolliens.)

Le vingtième jour, la langue s'humecte, la soif diminue, le *facies* s'épanouit; le malade demande à manger, la diarrhée n'existe plus. (Gomme lactée, émolliens.)

Le vingt-unième jour, le mieux continue, tous les symptômes disparaissent peu à peu; la convalescence commence.

OBS. III^e^. Un militaire âgé de vingt-deux ans, fort, bien constitué, éprouvait depuis huit jours, lorsqu'il vint au Val-de-Grâce, beaucoup de faiblesse et de mal de tête; depuis trois jours seulement il avait de la diarrhée; le pouls était fréquent, la peau chaude; il avait perdu l'appétit et le sommeil. La bouche était pâteuse; la langue, muqueuse à sa base, rouge à sa pointe et sur ses bords, mince, acuminée, offrait des papilles très-développées; le ventre était un peu sensible à la pression vers la fosse iliaque droite et l'épigastre; la physionomie présentait une légère stupeur. (Trente sangsues à l'épigastre.)

Le deuxième jour après son entrée, la douleur de tête est un peu moindre, la sensibilité paraît se concentrer vers la région hypogastrique; il y a peu de changement. (Quarante sangsues sur l'abdomen, émolliens.)

Le troisième jour, le malade est dans un état de somnolence, de stupeur profonde, dont on ne peut le tirer; il ne parle pas, il n'entend pas; on ne peut lui faire ouvrir la bouche; le pouls est très-fréquent, petit, la peau chaude; mussitation continuelle. (Bain de pieds fort chaud, glace sur la tête, émolliens; vers le soir, trente sangsues aux tempes, cataplasmes très-chauds aux pieds, frictions sur les extrémités inférieures avec l'alcohol camphré.)

Le quatrième jour, plusieurs selles involontaires, même état.

Le cinquième jour, en arrière et à droite, la poitrine rend un son

obscur ; on y entend un peu de râle muqueux ; les pommettes sont colorées ; le pouls, fréquent, est toujours petit ; stupeur profonde, mussitation. (Six sangsues sous la clavicule droite, un nombre égal en arrière du même côté ; si le pouls se relève on fera saigner ; sinon on arrêtera le sang, et un large vésicatoire sera placé sur la poitrine.)

Le sixième jour, l'application des sangsues n'a pas produit d'effet marqué ; le malade a expiré avant qu'on eût posé le vésicatoire.

Nécropsie vingt-cinq heures après la mort.—Aspect extérieur. Embonpoint médiocre. Dans le crâne, tout paraît dans l'état sain ; le poumon droit est le siége d'une congestion peu marquée, le gauche est sain ; le cœur n'offre rien de particulier ; la grande courbure de l'estomac est d'un rouge brun dans presque toute son étendue ; la muqueuse n'est point ramollie ; le duodénum et une grande partie du jéjunum paraissent dans l'état physiologique, mais dans tout le reste de l'intestin grêle on voit un nombre considérable d'élevures grosses comme des grains de chenevis ou comme des pois ; les unes, dures, conoïdes, roulent sous les doigts ; les autres, ramollies, présentent à leur centre une dépression marquée. Tout cet ensemble de boutons et de pustules imite assez bien une vaste éruption variolique ; vers la fin de l'iléon, dans un espace de trois pieds environ, on aperçoit sept à huit plaques elliptiques, inégales à leur surface, qui forment un relief très-marqué sur la muqueuse, et n'offrent encore aucune trace d'ulcération. Près de la valvule, l'intestin est hypertrophié, comme lardacé ; les ganglions mésentériques sont tuméfiés, ramollis, couleur lie de vin ; quelques-uns ont le volume d'un œuf de pigeon : les autres organes sont sains.

OBS. IV^e^. Soulette, garçon charcutier, d'une forte constitution, n'ayant jamais été malade, habite Paris depuis un an. Il fait de longues courses et fatigue beaucoup pendant deux jours. Le lendemain, perte d'appétit, céphalalgie, grande faiblesse ; il est forcé de se mettre au lit ; il prend quelques tasses de bouillon de veau ; il éprouve des frissons passagers ; il ne peut dormir ; il a des rêvasseries continuelles.

Après avoir passé six jours dans cet état, voyant son mal augmenter de plus en plus, il entre à la Charité.

Le septième jour de la maladie, pouls fort (110 pulsations), peau chaude, sèche; langue jaunâtre à sa base, rosée à sa pointe et sur ses bords, acuminée et mince; papilles saillantes; huit selles diarrhéiques par jour. La pression exercée sur tous les points du ventre ne paraît y déterminer aucune douleur; il y a des vertiges, une céphalalgie assez intense; le sommeil est troublé par des rêves continuels; la physionomie offre un air d'hébétude particulier; le malade s'attriste, il dit qu'il n'en relèvera pas; il y a de la soif, de l'anorexie. (Saignée de trois palettes, émolliens.)

Le huitième jour, le sang est recouvert d'une couenne légère, comme gélatineuse; à peine est-il réuni en caillot; il n'y a point de changement. (Même prescription.)

Le neuvième jour, la céphalalgie a un peu cédé, mais la faiblesse augmente; le sang est noirâtre, sans caillot; légère épistaxis; point de changement. (Saignée de deux palettes, émolliens.)

Le dixième jour, la stupeur est plus marquée, la langue se sèche, la soif augmente, le *facies* s'altère, le ventre est un peu sensible à la pression, la diarrhée continue. (Émolliens.)

Le onzième jour, nouvelle épistaxis, langue sèche, léger enduit fuligineux sur les lèvres et sur les dents; ventre un peu météorisé; dix selles; pouls mou, 110 pulsations; râle sibilant dans toute la poitrine, stupeur, léger délire. (Émolliens, glace sur la tête.)

Le douzième jour, épistaxis, délire presque continuel, déglutition difficile, météorisme plus marqué, selles très-nombreuses, involontaires; amaigrissement, prostration, coucher en supination. (Seize sangsues derrière les oreilles, glace sur la tête, sinapismes aux pieds, émolliens.)

Le treizième jour, agitation très-grande; le malade se découvre, glisse vers les pieds du lit; les lèvres, les dents, la langue sont encroûtées, noires. (Émolliens.)

Le quatorzième jour, traits profondément altérés, yeux caves, pau-

pières continuellement fermées, langue fendillée, comme rôtie; pouls petit, vibrant; soubresauts des tendons, mussitation, selles involontaires. (Deux vésicatoires aux jambes, émolliens.)

Le quinzième jour, le malade, couché sur le dos, est dans une immobilité complète; une sueur froide couvre son visage, le pouls est filiforme, le nez effilé, les pommettes saillantes, les tempes enfoncées, les oreilles froides; il expire. L'autopsie n'a pu être faite que quarante-huit heures après la mort. Il ne faut donc tenir compte que des altérations qui ne peuvent pas être cadavériques. *Aspect extérieur* : emphysème général; le cadavre répand une odeur infecte; les muscles sont comme poisseux; le cerveau et ses membranes sont un peu injectés. Dans la dernière moitié du jéjunum, on voit un grand nombre de pustules arrondies, offrant à leur centre une dépression, quelques-unes une ulcération qui laisse à nu un corps grisâtre, libre par ses côtés, adhérent à sa base. Dans l'iléon, on trouve beaucoup de pustules semblables, et de plus six ulcérations rondes, de la grandeur d'un demi-franc, à bords saillans, taillés à pic. Dans la moitié inférieure de cet intestin, on voit neuf à dix plaques ovales, fongueuses, qui font une saillie considérable sur la muqueuse, quelques-unes sont ulcérées; les glandes mésentériques sont tuméfiées, ramollies, couleur lie de vin.

OBS. V^e^. Forgeat, garçon de cuisine, âgé de vingt ans, gros, gras, pléthorique, jouissant habituellement d'une bonne santé, habite Paris depuis onze mois. Il y a cinq jours, apportant de la Halle une charge de légumes assez considérable, il ressentit de vives douleurs dans la région lombaire, et fut forcé de se mettre au lit. Il éprouva un frisson d'une heure environ, après lequel il se trouva un peu mieux; cependant, la nuit, il dormit peu. Le lendemain, il se trouva assez bien pour vouloir reprendre son travail; mais il ne put continuer, tant il était faible. Il n'avait plus de douleurs, et toute sa maladie, dit-il, consistait dans une lassitude générale. Il resta quatre jours à sa chambre, ne prenant qu'une tisane légère. Il éprouva plusieurs épistaxis.

Le cinquième jour, il entre à la Charité. Il se plaint de souffrir également dans toutes les parties du corps; il est courbaturé, la tête est lourde, douloureuse; il y a des étourdissemens, de l'insomnie, des rêvasseries continuelles. Le pouls est fréquent, peu dilaté, la respiration courte, avec un peu de sibilance et de toux sèche. La peau est chaude, le visage coloré, la bouche pâteuse, amère; la soif intense, l'appétit nul. La langue est mince et se tire en pointe; elle est jaunâtre à sa base, rouge à son sommet et sur ses bords; les papilles sont très-développées. Le ventre, un peu météorisé, est indolent; il y a constipation depuis l'invasion de la maladie. Une légère stupeur se remarque dans la physionomie. (Saignée de trois pal., délayans.)

Le sixième jour, douleur sourde à l'épigastre et dans la fosse iliaque droite. Le malade s'est levé; il a éprouvé une légère syncope. On sent quelques soubresauts dans les tendons. Le sang est noirâtre, presque diffluent. Tous les symptômes persistent au même degré. (Simples délayans.)

Le septième jour, épistaxis peu abondante, rêvasserie continuelle; quatre selles diarrhéiques, etc. (Quinze sangsues sur le ventre, délayans.)

Les huitième et neuvième jours, le *facies* s'altère, les yeux sont hagards, la respiration courte et suspirieuse, avec beaucoup de râle sibilant; les soubresauts des tendons sont plus marqués; délire pendant la nuit; deux selles. (Délayans.)

Les dixième, onzième et douzième jours, mussitation, délire plus marqué; urines et matières fécales rendues sans en avoir la conscience; augmentation de tous les symptômes. (Délayans, deux vésicatoires aux jambes.)

Le treizième jour, assoupissement presque continuel, carphologie, parole embarrassée. (Infusion de quinquina, lavement de camomille camphré.)

Le quatorzième jour, un peu moins de délire, quelques instans de sommeil; langue très-sèche et très-rouge. (Même prescription.)

Le quinzième jour, délire pendant toute la nuit, grande agitation;

le malade veut quitter son lit; on est obligé de l'attacher. Les lèvres et la langue sont recouvertes d'un enduit noir, épais; le ventre est météorisé. (Solution de sirop de groseilles et macératum de quinquina, fomentations aromatiques, potion gommeuse avec extrait sec de kina, 3 j.)

Le seizième jour, pas de changement.

Le dix-septième jour, le malade ne parle plus, il entend à peine; le pouls est petit, misérable; les vésicatoires se recouvrent d'une escharre noire. (Limonade sulfurique, 24 gouttes d'éther sont ajoutées à la potion. On affuse le malade avec de l'eau à 18 ou 20 degrés.) Pendant l'affusion, il semble mieux entendre, son pouls se relève. (De 2 en 2 heures, quelques cuillerées de bon bouillon lui sont données.)

Le dix-huitième jour, le pouls se soutient; le malade parle un peu. (Même prescription.)

Le dix-neuvième jour, beaucoup d'agitation, délire furieux, cris, chants. (Même prescription.)

Le vingtième jour, tout comme hier.

Le vingt-unième jour, alternative d'assoupissement et d'agitation; le malade semble reposer, et tout à coup il s'agite et jette de hauts cris; il retombe dans l'assoupissement pour crier et s'agiter de nouveau. (Même prescription.)

Le vingt-deuxième jour, escharre fort étendue au sacrum; gonflement, inflammatoire de la parotide gauche; agitation, cris presque continuels, évacuations involontaires; toutes les excrétions répandent une odeur infecte. (Même prescription, quelques cuillerées de vin de Malaga.)

Le vingt-troisième et le vingt-quatrième jours, la glande parotide prend du volume; il y a peu de changement.

Le vingt-cinquième jour, la prostration succède à l'agitation; la physionomie est très-altérée, le pouls est misérable; la parotide s'est affaissée; aphonie.

Le vingt-sixième jour, le malade pousse quelques cris plaintifs et meurt.

Nécropsie trente heures après la mort. Marasme, muscles bien dessinés; peau brunâtre, collée aux parties sous-jacentes. Infiltration purulente dans le tissu de la glande parotide; profondément au-dessous d'elle, foyer peu abondant formé par un pus verdâtre, épais. Les veines du cerveau sont distendues, bleuâtres; la substance cérébrale injectée, ramollie, comme macérée par la sérosité. Chaque ventricule contient quelques cuillerées d'un liquide citrin, transparent; les membranes du cerveau sont un peu rouges, mais elles conservent leur transparence. On voit, attenant au péricarde et un peu au-dessus de lui, un kyste du volume d'un œuf de poule, rempli d'une sérosité jaunâtre, limpide. Le péricarde offre une petite quantité d'un liquide analogue. Le tissu du cœur est un peu mollasse, décoloré; les poumons sont sains, parfaitement crépitans; la muqueuse des bronches est rouge. L'estomac contient de la bile: la muqueuse offre quelques plaques rouges; elle ne paraît ni ramollie, ni épaissie. Le duodénum et la moitié supérieure du jéjunum semblent sains; à partir de là, on voit douze à quinze ulcérations, les unes arrondies, les autres elliptiques, à bords saillans et taillés à pic. La plupart de ces ulcérations ne pénètrent que jusqu'à la membrane musculeuse; quelques-unes pourtant vont jusqu'au péritoine. Depuis un pied environ au-dessus de la valvule de *Bauhin* jusqu'à la fin du cœcum, l'intestin est d'un brun livide, comme gangréné, et répand une odeur repoussante; le reste de l'intestin est sain. Les glandes mésentériques sont tuméfiées, ramollies, friables.

A ce petit nombre d'observations, je pourrais en joindre beaucoup d'autres dans lesquelles on verrait toujours à peu près les mêmes symptômes, la même marche, et constamment et invariablement les mêmes altérations anatomiques siégeant toujours dans les mêmes lieux, c'est-à-dire dans cette partie du tube intestinal où se rencontrent les glandes isolées de *Brunner* et les cryptes agminés de *Peyer*, ou, pour parler d'une manière plus précise, plus rigoureuse, dans ces organes eux-mêmes.

Mais par quelles phases successives d'altération ces glandes arrivent-

elles au degré de désorganisation signalé dans les dernières observations? C'est ce qu'il s'agit maintenant d'exposer.

Dans une épidémie qui régna à Tours en 1817 et 1818, MM. *Bretonneau* et *Velpeau* ont eu occasion de faire des autopsies à toutes les époques de la maladie à partir du cinquième jour après l'invasion; ils ont pu par conséquent suivre, pour ainsi dire pas à pas, le développement morbide de ces glandules et les changemens successifs qu'elles éprouvent. M. le docteur *Trousseau* a décrit jour par jour cette altération dans les Archives générales de médecine, cahier de janvier 1826. Sans m'astreindre à cette marche rigoureuse, je vais tâcher de donner une idée des phénomènes principaux qui ont lieu, parce qu'en même temps qu'ils feront connaître la marche de la maladie, ils jetteront quelque jour sur sa nature.

A partir du cinquième jour, on voit dans l'intestin grêle, quelquefois depuis le commencement du jéjunum, mais le plus souvent depuis le milieu de cet intestin seulement jusqu'au cœcum, un nombre considérable de petites granulations, de petits boutons, de la grosseur d'un grain de millet ou de chenevis, dont le volume et la quantité augmentent à mesure que l'on descend. On voit, en outre, sur le côté convexe de l'intestin, des taches blanchâtres ou d'un rouge livide, qui, chez certains sujets, sont peu apparentes; tandis que, chez d'autres, elles font un relief très-marqué dans le tube intestinal. Ces plaques sont aussi, en général, d'autant plus saillantes qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-cœcale. On distingue à la surface des plus volumineuses beaucoup de petits points noirs qui sont les orifices de chacune des glandules qui entrent dans leur composition. Les granulations, les boutons prennent chaque jour de l'accroissement, et offrent bientôt l'aspect d'une vaste éruption variolique; les plaques deviennent molles et fongueuses. Tandis que ces boutons et ces plaques parcourent les divers degrés de leur développement chaque jour jusqu'au septième, on en voit apparaître d'autres qui suivent aussi une marche régulière dans leur accroissement. A neuf ou dix jours, les premiers boutons ont acquis la grosseur d'un pois; ils sont

conoïdes, durs, roulans; mais bientôt ils se déprimen à leur centre. A la même époque, les plaques sont fongueuses, et font à l'intérieur de l'intestin un relief d'une ligne et demie à deux lignes. On ne peut plus distinguer à leur surface les orifices glandulaires. On ne rencontre ces plaques que dans l'intestin grêle, et surtout dans la portion voisine de la valvule de *Bauhin* : le gros intestin n'en offre pas ; mais on y trouve quelques glandes isolées de *Brunner*, qui, quand elles deviennent malades, acquièrent un volume plus considérable que celle du petit intestin. Autour de ces boutons et de ces plaques, on voit une aréole inflammatoire peu étendue : la muqueuse paraît saine dans leurs intervalles. Vers le dixième ou douzième jour, toute cette éruption est à son summum de développement, et tend à la résolution ou à l'ulcération. Dans le premier cas, qui est heureusement le plus commun, les boutons et les plaques décroissent peu à peu, et finissent par rentrer dans leur état naturel. Dans le second cas, au contraire, les plaques croissent encore, se boursoufflent; leur surface devient inégale ; on y aperçoit un grand nombre de saillies, des ulcérations s'y établissent ; elles prennent une couleur rougeâtre ou jaunâtre, si la bile, sécrétée alors en abondance, vient à les colorer. Au centre des plus gros boutons, il s'établit une ulcération qui laisse apercevoir un corps grisâtre ou ocracé, libre par sa circonférence, adhérent par sa base ; c'est un véritable bourbillon qui s'isole peu à peu, se détache enfin complètement, et donne lieu à un ulcère arrondi, dont les bords, très-relevés, sont taillés à pic, et dont la membrane musculeuse forme le fond. Il n'est pas rare d'en voir qui pénètrent jusqu'à la membrane péritonéale. Le même phénomène peut être observé dans les plaques ; mais il est plus difficile à apprécier. L'ulcération est successive comme l'éruption ; elle a lieu du quatorzième au vingtième jour.

Les ganglions mésentériques sont toujours affectés en même temps que les glandes de *Peyer* et de *Brunner*. D'abord ils se gonflent, deviennent rouges ; ensuite leur tissu se ramollit, à leur intérieur; leur subs-

tance est comme fongueuse, d'un rouge vineux, et s'écrase facilement entre les doigts. Les plus gros, les plus altérés, correspondent toujours à la portion d'intestin où les pustules et les plaques sont le plus nombreuses et le plus volumineuses. Vers le dixième ou douzième jour, les ganglions ont acquis leur plus grand développement possible, on en trouve quelquefois alors qui ont le volume d'un petit œuf de poule. Si la maladie se termine par résolution, ces ganglions décroissent peu à peu, et finissent par reprendre leur grosseur ordinaire. Si au contraire l'ulcération a lieu, leur tissu reste long-temps ramolli et suppure quelquefois.

Telle est la marche des altérations pathologiques des glandes de *Peyer* et de *Brunner*; mais tout ce que j'ai dit jusqu'à présent n'est propre qu'à faire reconnaître la maladie après la mort. Voyons donc maintenant si, quand elle s'offre sur le vivant, elle ne se présente pas avec une physionomie, avec un ensemble de symptômes tels qu'on ne puisse guère la confondre avec aucune autre.

Symptomatologie. Le début de cette maladie est souvent obscur. Quelquefois après un écart de régime, d'autres fois après un exercice violent, une marche forcée; le plus souvent sans cause appréciable, l'individu éprouve de légers frisons, surtout vers le soir; il ressent de la fatigue dans les membres, il est triste, il perd l'appétit; une soif plus ou moins vive se déclare; il y a de la céphalalgie, et parfois des étourdissemens, des bourdonnemens d'oreilles. Ces symptômes peuvent exister plusieurs jours sans que le malade soit forcé d'interrompre son travail; mais bientôt le sommeil se perd complètement, le malade a des rêvasseries continuelles. A la fatigue succède l'abattement, le brisement; l'intelligence devient obtuse, les réponses sont lentes, incertaines; il semble que chaque parole exige du malade un certain temps de réflexion; la coloration du visage change peu; la physionomie offre un air d'étonnement, d'hébétude, d'ivresse, de stupeur, en un mot, qui suffit presque seul au médecin accoutumé à observer cette maladie

pour la lui faire distinguer de toute autre ; la bouche est pâteuse, quelquefois amère; la langue se tire en pointe, se rétrécit et reste mince. Sa base est couverte d'un enduit verdâtre, jaunâtre ou grisâtre, rarement tout à fait blanc; cet enduit s'amincit sensiblement en se portant vers la pointe et les bords de l'organe, qui sont d'un rouge plus ou moins foncé ; les papilles sont généralement très-développées. La peau est sèche et chaude ; mais, quoique élevée, la chaleur n'est jamais mordicante; le pouls est fréquent, parfois dur, le plus souvent facile à déprimer ; la respiration est ordinairement libre, cependant il n'est pas rare de rencontrer un peu de toux sèche et de râle sibilant ; le ventre est indolent ou fort peu douloureux. Grand nombre de malades disent ne sentir aucune douleur fixe, mais seulement être très-faibles, courbaturés, et ce n'est le plus souvent que par une pression forte, exercée sur les différens points de l'abdomen, sur l'épigastre et la fosse iliaque droite en particulier, que l'on détermine dans la physionomie du malade une certaine expressionqui révèle la douleur. Dans les premiers jours il y a constipation ou diarrhée, plus tard le dévoiement est constant. Quelquefois le ventre est dur, météorisé ; d'autres fois il est souple ; souvent il y a des borborygmes.

Ces symptômes correspondent pour l'ordinaire à la première période de la maladie, période du développement morbide des glandes de *Peyer* et de *Brunner ;* aussi quand l'éruption est bénigne, quand elle se termine par résolution, ce qui est heureusement le plus commun, se dissipent-ils tous successivement en peu de jours, et le malade entre-t-il en franche convalescence. (Voyez observation 1re.) A ce premier degré de la dothinentérite peuvent-être rattachées un grand nombre des fièvres muqueuses, bilieuses, inflammatoires, etc., des auteurs.

Mais loin qu'il en soit toujours ainsi, il arrive trop souvent que la maladie suit sa marche, que les symptômes acquièrent chaque jour de l'intensité ; alors les yeux deviennent larmoyans, hagards; la langue rougit et se sèche, les dents et les lèvres s'encroûtent, la soif est pressante ; le ventre, devenu douloureux, se météorise, la diarrhée, la som-

nolence augmentent ; les paupières sont presque continuellement fermées ; si l'on adresse la parole au malade, il les ouvre, écoute avec un air d'attention stupide, de surprise, les referme bientôt, et rentre dans son état d'assoupissement ; le délire se manifeste, et quelquefois les facultés intellectuelles sont complètement abolies. Cette seconde période de la dothinentérite a reçu de quelques auteurs le nom de *fièvre maligne* et de *fièvre ataxique ;* elle se rapporte le plus souvent au moment de la plus grande intensité de l'éruption ou à l'époque de l'ulcération. Si la terminaison doit être heureuse, la langue s'humecte, les dents et les lèvres se nettoient, le délire cesse, et au bout d'un temps plus ou moins long l'orage est complètement dissipé. (Voy. observation 2°.)

Si l'affection doit être plus grave encore, une nouvelle série de symptômes se développe : la langue se sèche de plus en plus, devient dure, râpeuse, se fendille, noircit, paraît comme brûlée ; les dents et les lèvres se couvrent d'un enduit fuligineux qui augmente chaque jour d'épaisseur ; les garde-robes deviennent de plus en plus fréquentes ; les matières quelquefois sanguinolentes, noirâtres, verdâtres ou d'un gris sale, sont rendues involontairement et répandent une odeur très-fétide ; il en est de même de toutes les excrétions ; la prostration est extrême ; le malade, presque immobile, se tient couché sur le dos ; il glisse par son poids vers les pieds du lit ; les lèvres sont tremblantes, les avant-bras rétractés, les narines pulvérulentes, la peau brunâtre, terreuse, la maigreur extrême ; souvent de petites taches rosées apparaissent sur différentes régions, sur la poitrine et le ventre en particulier ; des escharres se forment au sacrum. Si l'individu porte des vésicatoires, leur surface devient noire, se gangrène ; quelquefois des bubons, des parotides se manifestent ; la conscience du moi se perd complètement. Arrivés à ce degré, quelques malades peuvent encore guérir après une très-longue convalescence ; mais le plus grand nombre succombent, soit lentement et par suite des progrès de la maladie, et alors tous les signes de la figure dite *hipocratique* apparaissent.

soit très-promptement et par suite d'une péritonite suraiguë, déterminée par une perforation intestinale, comme j'en ai vu deux ou trois exemples. C'est cette troisième période de la dothinentérite qui a reçu des auteurs le nom de *fièvre putride*, de *fièvre adynamique* ou *ataxo-adynamique ;* elle correspond à un degré avancé d'ulcération. (Voy. observations 4 et 5.)

Tels sont, le plus ordinairement, les divers groupes de symptômes qui se manifestent pendant le cours de cette maladie, et qui ne permettent de la confondre avec aucune autre quand on a été appelé à les observer dès le commencement ; il faudrait bien se garder de s'attendre à les rencontrer toujours tous, et dans le même ordre. La marche que je viens d'indiquer pour être la plus fréquente est loin d'être constante, et il arrive quelquefois que les trois périodes que j'ai admises se confondent entr'elles. Maintenant, il s'agit de rechercher quelles sont les causes de cette maladie.

Étiologie. Si nous parcourons les auteurs dans lesquels nous trouvons tracés les symptômes de la dothinentérite, quel que soit d'ailleurs le nom sous lequel ils l'aient décrite, nous voyons qu'après lui avoir assigné un très-grand nombre de causes, telles que les grandes fatigues, l'habitation dans des lieux chauds et humides, froids et humides, au milieu des effluves marécageuses, des émanations de matières végétales et animales en putréfaction ; le séjour prolongé dans les prisons, les hôpitaux encombrés, dans les salles de dissection ; les alimens mal sains, les excès de table ; les vastes suppurations, les suites de couches ; l'abus des plaisirs vénériens, des purgatifs, des mercuriaux, etc., ils ajoutent que souvent la maladie se déclare sans cause appréciable. C'est qu'en effet les causes premières de cette affection nous échappent complètement, nous sont tout à fait inconnues. Souvent sporadique, elle est quelquefois épidémique. MM. *Bretonneau* et *Velpeau* sont portés à croire que, dans quelques cas même, elle peut être contagieuse. Plus fréquente de douze à quarante ans qu'à toute autre

époque de la vie, elle frappe également les deux sexes. Assez commune chez l'enfant, elle atteint plus rarement le vieillard, ce qui ne paraîtra pas étonnant si l'on admet avec M. *Bretonneau* que, comme la variole, on ne la contracte qu'une fois dans le cours de la vie. Les individus qui quittent les campagnes pour habiter les grandes villes, ceux, par exemple, qui sont nouvellement arrivés des provinces à Paris, y sont plus exposés que les autres.

Je crois, avec MM. *Bretonneau et Velpeau*, que la dothinentérite est produite par une cause inconnue, spécifique, *sui generis*, ayant de grandes analogies avec celles de la vaccine, de la variole, de la rougeole et de la scarlatine. Une cause, en effet, un principe, quel qu'il soit, et qu'il se produise en nous ou qu'il s'y introduise par la peau, par les voies respiratoires ou alimentaires; un principe, dis-je, qui agit d'abord sur tout l'organisme, qui concentre ensuite son action toujours et invariablement sur le même point de l'économie, dans les glandes de *Peyer* et de *Brunner* y détermine constamment la même altération, une véritable éruption qui suit une marche presque aussi régulière que celle de la variole, et qu'aucun traitement connu jusqu'alors ne peut faire avorter; un tel principe, une telle cause est pour moi une cause spéciale, spécifique.

Mais si, sans avoir égard à la cause de la dothinentérite, nous cherchons à apprécier sa nature par les lésions anatomiques qu'elle laisse après elle, certainement il sera impossible de ne pas admettre un génie inflammatoire là où nous voyons réuni tout ce qui caractérise une inflammation. Appel plus considérable de fluides dans les glandes de *Peyer* et de *Brunner*, rougeur, tuméfaction, douleur, plus tard ramollissement, ulcération, suppuration; par quels caractères mieux tranchés l'état inflammatoire peut-il se manifester? La dothinentérite est donc une inflammation, mais une inflammation spécifique elle-même comme la cause qui l'a déterminée. Que l'on irrite, que l'on enflamme par tous les moyens connus le tube digestif, jamais on ne pourra produire à volonté cette maladie.

Ici se présente une grave question ; la voici : l'éruption intestinale constitue-t-elle toute la maladie ? ou bien y a-t-il quelque chose de plus, quelque chose que nous ne connaissons pas ? Si l'on trouvait constamment dans le canal intestinal les lésions matérielles que j'ai signalées, on serait tout naturellement porté à les regarder comme le point de départ de tous les désordres fonctionnels observés ; mais il n'en est pas toujours ainsi. Il est des cas, rares à la vérité, dans lesquels la mort frappe sa victime à une époque où l'altération de l'intestin, trop légère, ne suffit pas pour donner une explication satisfaisante de cette terminaison. Admettra-t-on donc ici, comme on l'a fait pour d'autres maladies éruptives, que l'éruption peut manquer, et qu'il y a des dothinentérites sans éruption intestinale ? Le sang est-il primitivement altéré ?.... Ce point de doctrine est de la plus haute importance ; il partage encore les opinions d'un grand nombre de médecins également célèbres. Encore assis sur les bancs de l'école, je croirais donner l'exemple d'une témérité impardonnable si j'osais en entreprendre la discussion. Je l'abandonne à qui s'en jugera capable.

Prognostic. Cette maladie est moins grave, en général, chez les jeunes sujets que chez les adultes ; chez ceux qui sont forts, vigoureux, que chez ceux qui sont faibles, délicats ; chez les hommes que chez les femmes, que chez celles surtout qui ont la peau blanche et fine. Elle est plus dangereuse dans les grandes chaleurs de l'été et en hiver que dans les deux autres saisons de l'année, quand elle est épidémique que quand elle est sporadique. Du reste, le prognostic est toujours fort difficile ; car on voit souvent telle dothinentérite qui s'annonce par les symptômes les plus bénins se terminer d'une manière funeste, tandis que telle autre qui débutera par des symptômes alarmans aura la terminaison la plus heureuse. Toutefois, en général, quand la maladie se montre bénigne à son début, on peut en espérer une issue favorable.

Thérapeutique. Dans toute maladie, le meilleur traitement serait, sans contredit, celui qui s'opposerait à la cause même qui l'a produite ; mais le plus souvent cette cause nous est inconnue, et alors nous sommes réduits à combattre ses effets : c'est ce qui nous arrive ici. Or, les effets de la cause de la dothinentérite, nous l'avons déjà dit, c'est l'inflammation des glandes de *Peyer* et de *Brunner ;* nous voilà donc conduit tout naturellement à la médication antiphlogistique. Mais comment doit-elle être employée, cette médication ? J'ai dit précédemment que nous ne connaissions aucun traitement qui fût capable de faire avorter cette maladie. Je vais rapporter ici une observation prise parmi beaucoup d'autres, où l'on verra, malgré une médication antiphlogistique assez énergique, non-seulement la dothinentérite n'être point arrêtée dans sa marche, mais encore le malade succomber très-rapidement.

OBS. VI^e^. Dumay, perruquier, âgé de dix-neuf ans, assez bien constitué et n'ayant jamais été malade, habite Paris depuis huit mois. Il éprouve, sans cause appréciable, une grande faiblesse musculaire et quelques douleurs de tête. L'appétit se perd ; il est forcé de garder le lit. Son sommeil est troublé par des rêvasseries continuelles. Après six ou huit jours passés à peu près dans le même état, ne prenant qu'un peu de vin chaud sucré, il entre à la Charité. La peau est chaude et sèche ; le pouls plein, fréquent ; la bouche amère ; la langue sale à sa base, rosée à sa pointe et sur ses bords ; les papilles sont saillantes ; le ventre, un peu tendu, est indolent ; il y a constipation, céphalalgie, insomnie et stupeur marquée. (Saignée de trois palettes, émolliens.)

Les deuxième et troisième jours de son entrée, il offre les mêmes symptômes. (La saignée est répétée chaque jour.)

Le quatrième jour, pouls plus fréquent, facile à déprimer ; amaigrissement, stupeur très-prononcée, délire pendant la nuit ; plusieurs selles involontaires. (Quinze sangsues sur le ventre, émolliens.)

Cinquième jour, délire plus intense, presque continuel; évacuations involontaires, grande prostration. (Émolliens.)

Le sixième jour, délire continuel; les dents et les lèvres sont recouvertes de fuliginosités; la langue est rouge et sèche, très-acuminée; la peau chaude, le pouls fréquent, offrant encore une certaine force; prostration considérable. (Quinze sangsues derrière les oreilles, émolliens.)

Le septième jour, le pouls est filiforme, à peine sensible; le malade n'entend plus, ne parle plus. Il expire.

Nécropsie vingt-quatre heures après la mort. Maigreur médiocre, peau brunâtre; le cerveau et ses membranes sont un peu injectés. Tout est sain dans la poitrine; dans le grand cul-de-sac de l'estomac, la muqueuse offre une plaque rouge, pointillée, de la grandeur de la main; le duodénum et les deux tiers supérieurs du jéjunum paraissent sains. Après cela, on voit un grand nombre d'élevures qui simulent, dans l'intestin, une éruption variolique; cinq à six plaques fongueuses, rouges, non encore ulcérées, et enfin un nombre égal d'ulcères arrondis, dont quelques-uns pénètrent jusqu'au péritoine. Près de la valvule, l'intestin paraît comme gangrené, comme macéré, et ne présente qu'une espèce de putrilage d'une odeur repoussante; les ganglions mésentériques sont gros, ramollis. Les autres organes n'offrent rien de particulier.

En examinant le canal digestif de Dumay : « Ma foi, nous dit M. *Rayer*, je commence à croire que cette phlegmasie a quelque chose de spécial. » Je cite ces paroles, parce que, dans la bouche d'un médecin physiologiste aussi véridique et aussi distingué, je les crois de quelques poids.

On peut rapprocher du sujet de cette sixième observation celui de la troisième; traité énergiquement aussi, il succombe très-rapidement.

Je pense, en conséquence, que la médication antiphlogistique ne

doit être employée que dans l'intention de modérer les symptômes prédominans ; ainsi, si la maladie est bénigne à son début, s'il n'y a aucun signe de pléthore, on doit se dispenser des émissions sanguines, des boissons rafraîchissantes ou émollientes, des lavemens émolliens, des fomentations de même nature ; le repos, une diète plus ou moins sévère suffisent le plus souvent dans ce cas; mais, si les symptômes présentent plus d'intensité, si le pouls est fort, fréquent, la soif vive, la peau chaude, la céphalalgie intense, une ou plusieurs saignées générales doivent être pratiquées, surtout si le sujet est pléthorique. Si les douleurs abdominales prédominent, des sangsues en plus ou moins grand nombre seront appliquées sur le ventre; elles seront placées aux tempes, derrière les oreilles, si les symptômes cérébraux ont le plus d'intensité. Tels sont les moyens simples à mettre en usage dans la première période de la dothinentérite; l'émétique, les purgatifs, le quinquina seraient alors dangereux. Mais doit-on s'en tenir à ces moyens pendant tout le cours de la maladie, ou bien peut-on recourir à d'autres, et ne peut-on pas administrer les purgatifs à une certaine période? Au premier coup-d'œil, quand on se représente une maladie inflammatoire siégeant dans le canal digestif, la première idée qui s'offre à l'esprit, c'est que des substances, telles que des purgatifs, qui sont toujours plus ou moins irritantes, ne peuvent y être introduites sans danger; si cependant on réfléchit qu'à une certaine époque, des ulcérations existant, la surface de ces ulcérations se trouve continuellement en contact avec des matières sanieuses, putrides, purulentes, peut-être ne paraîtra-t-il pas tout à fait déraisonnable de chercher à mondifier, à déterger ces ulcères par un purgatif doux; il irritera, j'en conviens; mais l'irritation qu'il déterminera sera momentanée, et, par cela même, beaucoup moins nuisible que l'irritation continue produite par les matières sordides que je viens de signaler. D'ailleurs, en agissant ainsi, on ne ferait qu'imiter à l'intérieur ce que nous faisons tous les jours à l'extérieur. Quand nous traitons des ulcères de la peau, nous n'ignorons pas que le

pansement ne soit toujours plus ou moins irritant ; cependant nous ne doutons nullement qu'il ne soit efficace. Je crois donc que l'on peut administrer avec avantage quelques purgatifs doux vers le seizième ou dix-huitième jour de la maladie, comme le fait M. *Bretonneau;* il emploie avec le plus grand succès les sels neutres, surtout le sulfate de magnésie, à la dose de ℥ ij à iv.

Que dirai-je du quinquina, contre lequel on s'est élevé avec tant de force dans ces derniers temps? Est-il permis d'y recourir quelquefois? Oserai-je le conseiller? Eh bien! on a cru remarquer que cette substance déterge les ulcérations, favorise leur cicatrisation, et s'oppose à l'absorption des produits putrides. Certainement j'ai vu administrer le quinquina un grand nombre de fois dans la période d'adynamie, la seule où il puisse convenir, et loin de lui voir produire tout le mal qu'on s'est plu à lui reprocher, j'ai presque toujours cru remarquer que les malades s'en trouvaient bien, surtout quand le cerveau était libre. Je conseille donc les préparations de quinquina dans la dernière période de la dothinentérite; mais il faut bien se garder d'en forcer les doses. Le meilleur mode d'administration consiste à le donner en lavemens ou en potions. M. *Bretonneau* prescrit souvent la potion suivante : dans ℥ vjii d'eau faites bouillir ℥ ij de quinquina, ajoutez ℥ ij de sirop de gomme, à prendre par cuillerées d'heure en heure, ou de deux heures en deux heures.

Quand la prostration est considérable, au lieu de chercher à relever les forces, comme on le fait quelquefois, par les balsamiques, les résineux, l'alcohol, l'éther, je crois qu'on pourrait remplacer avantageusement ces médicamens par quelques cuillerées de bon bouillon ou d'un vin généreux. Je ne puis rien dire de l'usage du camphre à l'intérieur ; ce n'est pas que je ne l'aie vu administrer très-fréquemment, mais toujours il faisait partie d'une médication si compliquée, qu'il serait difficile d'isoler son action. En général, je le crois peu utile. Il m'a semblé que, quand toutes les excrétions du malade répandent une odeur fé-

tide, on pouvait avec quelque avantage faire des frictions sur toute l'habitude du corps avec l'alcohol camphré.

Les vésicatoires comme dérivatifs doivent être rarement employés; ils déterminent trop souvent la gangrène. On doit leur préférer quelques légers sinapismes. Je dois ajouter, pour terminer, que pendant tout le cours de la maladie on peut, quand il se fait une congestion un peu forte sur quelque partie essentielle, chercher à la détruire par une application de sangsues; mais il ne faut pas oublier qu'une perte de sang un peu considérable jette quelquefois le malade dans une prostration inquiétante. J'ai fait plusieurs observations de ce genre.

M. *Bretonneau* pense que l'eau de chaux coupée avec du lait est un moyen avantageux qui favorise la cicatrisation des ulcères, il l'administre du vingt-cinquième au trentième jours.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 2, *aph.* 2.

II.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

III.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

IV.

Quibus in febre ad dentes viscosa circumnascuntur, his febres fiunt vehementiores. *Sect.* 4, *aph.* 53.

V.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.